

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE-UNESC**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO-ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**MARIA MADALENA BELTRAME**

**ANÁLISE O PADRÃO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS: DOS**  
**USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO**  
**CENTRO, NO MUNICÍPIO DE SÃO LUDGERO-SC**

**CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010.**

**MARIA MADALENA BELTRAME**

**ANÁLISE O PADRÃO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS: DOS  
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO  
CENTRO, NO MUNICÍPIO DE SÃO LUDGERO-SC**

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

**Orientador(a):** Professor (MsC). Paulo deTarso  
Ferreira Corrêa

**CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010.**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, com muito amor e reconhecimento, a Deus, aos meus familiares, e ao professor Paulo de Tarso Ferreira Correia meu orientador, que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, manifesto minha profunda gratidão, a Deus pois sempre me deu coragem, motivação, paciência e perseverança para superar os percalços desta e de outras caminhadas com alegria.

Aos meus pais, Gregório Beltrame e Verônica Tomasia da Silva Beltrame (*in memória*), obrigado pela vida, pela educação proporcionada e pelos valores transmitidos. Obrigado, enfim, por tudo o que significam para mim.

A todos os meus irmãos pelo amor, pela paciência e por não deixar que eu desistisse diante de todas as dificuldades.

Aos meus sobrinhos que, de alguma maneira, contribuíram e torceram por mim durante a realização da minha monografia

A todos os funcionários que compõem a equipe Saúde da Família da Margem Esquerda, agradeço de coração a torcida, o carinho e o constante incentivo, cujo apoio foi imprescindível para que eu conseguisse chegar até aqui.

Agradeço, com todo o carinho ao meu orientador, Professor Paulo de Tarso Ferreira Correia, por confiar no meu trabalho e por toda paciência e dedicação que teve tanto na construção do projeto como na conclusão da monografia.

Às colegas de classe, e em especial, a Anasir, Gisele, Marciane, Rosa Maria, pelas ótimas histórias vividas e os longos papos no corredor da UNESC, pela amizade e por ajudar a tornar a vida acadêmica muito mais divertida.

À Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de São Ludgero, representada pela Enfermeira Janete Ida Felipe Pavanate e o Sr. Cláudio Becker, pelo crédito e permissão para realização desta pesquisa.

Aos usuários da Estratégia Saúde da Família Margem Esquerda, que de forma generosa aceitaram com presteza o convite de ser parte fundamental desta pesquisa.

Aos amigos, colegas e demais pessoas que, direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a correr atrás dos meus ideais. Fica aqui meu muito obrigado!

Enfim, uma pessoa que considero muito especial na minha vida, ficou aqui por nomear, por razões que certamente compreenderá e cujo apoio e incentivo foi

essencial para conclusão de mais uma etapa da minha vida. Para ele também deixo expresso aqui, meus agradecimentos.

## **EPÍGRAFE**

**“Tal como para a humanidade em geral, também para o indivíduo a vida é difícil de suportar. A civilização de que participa impõe-lhe uma certa quantidade de privação, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja, apesar dos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela. A isso se acrescenta os danos que a natureza indomada — o que ele chama de Destino — lhe inflige”.**

**(Sigmund Freud – O futuro de uma ilusão)**

## RESUMO

Os psicofármacos são substâncias químicas conhecidas há milênios, que têm sido frequentemente relacionados ao tratamento das doenças mentais e que atuam no sistema nervoso central, afetando as funções mentais e emocionais dos indivíduos. A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas, e esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes. O objetivo deste trabalho é analisar o padrão de consumo de psicofármacos dos usuários da Estratégia Saúde da Família - Margem Esquerda no município de São Ludgero/SC. A metodologia da pesquisa foi a observacional transversal descritiva, através da aplicação de um questionário aos usuários que compareceram na Unidade de Saúde Família no período da pesquisa. De acordo com os resultados encontrados, o perfil da população alvo deste estudo configura-se predominantemente no sexo feminino (79%), entre as pessoas casadas, (77%), donas de casa (44%), no grupo com menor escolaridade (68%), e a faixa acima de 60 anos (29%), em relação a classe de psicofármaco mais consumida houve empate entre os antidepressivos e ansiolíticos (12%), a depressão (53%) foi a condição médica mais referida, e o tempo de uso superior a um ano teve um percentual de (96%) da amostra. Concluindo: ficou evidente a responsabilização dos profissionais da saúde em traçar medidas educativas para o uso apropriado dos psicofármacos, e aos gestores cabe a consolidação das políticas de saúde mental.

**Palavras-chave:** Psicofármacos, Estratégia Saúde da Família, usuários.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro I-</b> Substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.....	20
<b>Quadro II-</b> Padronização dos receituários.....	21
<b>Quadro III-</b> Ansiolíticos benzodiazepínicos disponíveis no Brasil.....	23
<b>Quadro IV-</b> Exemplos de antidepressivos tricíclicos (ADT).....	24
<b>Quadro V-</b> Exemplos de antidepressivos IMAOs.....	24
<b>Quadro VI -</b> Antidepressivos ISRS.....	25
<b>Quadro VII-</b> Exemplos de antidepressivos atípicos.....	25
<b>Quadro VIII-</b> Principais antipsicóticos típico no Brasil.....	26
<b>Quadro IX-</b> Principais antipsicóticos atípicos.....	26
<b>Quadro X -</b> Principais anticonvulsivantes no Brasil.....	27
<b>Quadro XI-</b> Principais estabilizadores do humor no Brasil.....	27



## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Distribuição dos entrevistados segundo o gênero .....	32
<b>Gráfico 2-</b> Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária .....	33
<b>Gráfico 3</b> -Distribuição dos entrevistados segundo ao estado civil.....	33
<b>Gráfico 4-</b> Distribuição dos entrevistados segundo ao grau de escolaridade.....	34
<b>Gráfico 5-</b> Distribuição dos entrevistados segundo ocupação profissional .....	34
<b>Gráfico 6-</b> Distribuição das classes de psicofármaco mais consumida.....	36
<b>Gráfico 7-</b> Distribuição dos entrevistados segundo tempo de uso dos psicofármacos.....	37
<b>Gráfico 8</b> -Condição referida pelo usuário para o uso de psicofármaco .....	37
<b>Tabela 1</b> -Relaciona o nome dos fármacos, usuários que os utilizam e a classe.....	35
<b>Tabela 2</b> - Relaciona as dúvidas e o respectivo número de usuários que referiram.	38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS-** Agente Comunitário de Saúde

**AMESG** – Associação dos Municípios Encosta da Serra Geral

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CID** – Classificação Internacional de Doenças

**DMS-** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental

**ESF-** Estratégia Saúde da Família

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MS-** Ministério da Saúde

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PSF-** Programa Saúde da Família

**RENAME-** Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais

**SC-** Santa Catarina

**SP-** São Paulo

**STR-** Serviço de Residência Terapêutica

**SVS-** Serviço de Vigilância Sanitária

**SNC-** Sistema Nervoso Central

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**TCLE-** Termo de consentimento Livre Esclarecido

**UNESC-** Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.3 Justificativa.....</b>	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.5 PSICOFÁRMACOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.6 CLASSIFICAÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.6.1 Ansiolíticos .....</b>	<b>23</b>
<b>2.6.2 Antidepressivos .....</b>	<b>24</b>
<b>2.6.3 Antipsicóticos.....</b>	<b>25</b>
<b>2.6.4 Anticonvulsivantes .....</b>	<b>26</b>
<b>2.6.5 Estabilizadores do Humor .....</b>	<b>27</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3.1 Amostra do estudo.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3.2 Critérios de inclusão:.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3.3 Critérios de exclusão .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5.1 Variáveis em estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>

<b>4.1 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES DO ESTUDO .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES DO ESTUDO.....</b>	<b>35</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, diversas modalidades de intervenção têm sido implantadas para garantir assistência à população acometida por doença mental, a exemplo o Serviço de Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (STR), ambulatorios de saúde mental e internação psiquiátrica em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2005).

Embora, com todas essas novas formas de intervir em saúde mental, sabe-se que a indicação de psicofármaco em determinadas doenças, entre as quais pode-se citar a depressão, fobia, ansiedade, insônia, epilepsia, e a esquizofrenia, entre outras, se faz necessário (MONTEIRO, 2008).

Os psicofármacos ou agentes psicotrópicos são substâncias químicas conhecidas há milênios e têm sido frequentemente relacionados ao tratamento das doenças mentais, também denominadas de doenças psiquiátricas ou transtornos mentais. Elas atuam no sistema nervoso central e de alguma forma afetam as funções mentais e emocionais dos indivíduos (ALMEIDA, 2006).

Brasil (2000) refere que este recurso terapêutico traz preocupação, mas também esperanças. As preocupações são entendidas pelo uso indiscriminado e excessivo desse medicamento por parte do paciente, pelo desconhecimento que o mesmo tem sobre seu tratamento. Porém, a esperança é que essas substâncias farmacológicas quando administradas de forma apropriada se mostram eficazes para aliviar o sofrimento e a dor, entre outros prejuízos que os transtornos mentais acarretam.

Monteiro (2008) complementa o uso prolongado de algumas classes de psicofármacos, também se constitui como motivo de preocupação, pois além de causar efeitos colaterais indesejáveis, provocam dependência química, levando a dificuldades quando o médico deseja cessar o tratamento.

Com relação à indicação do psicofármaco, este não deve constituir como único componente essencial no manejo e no controle dos transtornos mentais, mas sim, fazer parte de um plano mais amplo em que outros tipos de intervenções também possam ser incluídas no tratamento (BRASIL, 2000).

Com relação ao consumo de psicofármacos, encontrou-se em Rodrigues et al, (2006, p.108) que,

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais e, até mesmo, em alguns países orientais. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

Entende-se como uso apropriado de psicofármaco, quando o paciente recebe medicamentos para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (AQUINO, 2008).

Então, no que diz respeito à proposta terapêutica, esta deve ser antecedida por um processo diagnóstico, esse processo diagnóstico é categórico para garantir uma boa orientação terapêutica (BRASIL, 2000).

Segundo Ballone (2003), existem duas referências que podem ser utilizadas como subsídios na avaliação diagnóstica para os transtornos mentais. A primeira consiste na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, mais conhecida como CID-10, os transtornos mentais são representados pela letra F. A segunda classificação é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais –DSM o qual possui três eixos principais: I - transtornos Clínicos; II - transtornos de personalidade e retardo mental; III - transtornos físicos que estejam presentes, além do transtorno mental.

Acredita-se que o conhecimento do consumo de psicofármacos em uma determinada população auxilia a definir o tipo de intervenção que deve ser realizada. Para que isso ocorra, há a necessidade de dados específicos a respeito do padrão de consumo em certos grupos populacionais (MONTEIRO, 2008).

Partindo dessas colocações adveio o interesse em desenvolver uma pesquisa em torno da temática saúde mental, com ênfase no uso de psicofármacos, entre os usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família - Margem Esquerda no município de São Ludgero/SC. Posterior a análise dos resultados serão traçadas medidas educativas que venham contribuir para uso apropriado das substâncias psicotrópicas, bem como outros problemas relacionados ao consumo da medicação em questão na população investigada.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Analisar o padrão de consumo de psicofármacos dos usuários da Estratégia Saúde da Família - Margem Esquerda.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as variáveis sociodemográficas tais como: gênero, idade, estado civil, profissão, grau de escolaridade;
- Verificar a classe de psicofármacos mais consumida pela população estudada;
- Averiguar o tempo de uso dos psicofármacos;
- Verificar os principais motivos que influenciaram o uso de psicofármacos nesta comunidade;
- Identificar o nível de compreensão que os portadores de transtornos mentais têm sobre o seu tratamento.

### **1.1.3 Justificativa**

Os problemas de saúde mental e o alto consumo de psicofármacos têm preocupado os gestores e os profissionais da saúde do município de São Ludgero/SC. Observa-se na prática cotidiana que a atenção à saúde mental, no município, tem se limitado a renovação de receitas, a encaminhamentos para o médico psiquiatra, e as consultas médicas são agendadas por parte dos usuários somente quando apresentam alguma reação adversa ao fármaco. Percebe-se também que há uma descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados e ausência

de prevenção e promoção da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental.

Diante de tal constatação, julgou-se necessário realizar esta pesquisa, com o intuito de saber qual o real motivo do uso desta medicação e também avaliar o que os usuários compreendem e sabem sobre o tratamento farmacológico.

Levando-se em conta a realidade apresentada e as Políticas Públicas em Saúde Mental, a proposta desta pesquisa é desenvolver ações educativas junto à população alvo do estudo, propiciando subsídios até então desconhecidos, e possibilitando assim, o uso racional de psicofármacos.



## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

O modelo de assistência psiquiátrica que existia no Brasil antes da reforma psiquiátrica era centrada nos hospitais psiquiátricos públicos. A maioria desses hospitais apresentava precárias condições de manutenção administrativa e de assistência humana. Para minimizar a situação, começou-se a contratação de leitos psiquiátricos privados pelo Estado. Nos anos 70 proliferaram os ambulatorios, porém, o tratamento oferecido continuava sendo de péssima qualidade, o tempo de permanência era longo, os doentes eram confinados e recebiam terapia medicamentosa abusiva (MACHADO, 2004).

Em relação ao exposto, Fernandes, et al (2008, p.122), complementa:

Essa dependência frente a um sistema de saúde totalmente deficitário de recursos e até de avanços nessa área resultou em um cenário deplorável, tornando-se alvo de inúmeras denúncias, manchetes nos meios de comunicação. Essas denúncias foram importantes, principalmente por apontarem e apresentarem a condição desumana, na qual grande parte dos doentes psiquiátricos se encontravam.

Os movimentos precursores da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram no final da década de 70, e foi influenciado pela Lei nº 180 – de 13 de maio de 1978 de autoria de Basaglia, lei italiana da Reforma Sanitária. Esta lei veta a recuperação de antigos manicômios e a construção de novos, também reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado (GOULART, 2006).

No Brasil, no ano de 1978 surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, formado por trabalhadores em saúde mental, integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e dos próprios doentes. O marco do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi o II Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, que ocorreu no dia 18 de maio de 1987, na cidade de Bauru, SP, cujo lema clamava “Por uma sociedade sem

manicômios”. Vale lembrar que neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

O objetivo maior da luta Antimanicomial é sensibilizar a sociedade e o governo sobre a necessidade de implementar políticas públicas e ações que priorizem os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental e também ampliar o olhar para essas pessoas que por diversas vezes eram discriminadas pela família e sociedade. (FERNANDES, 2008, et al, p.144).

Outro fato que merece destaque na reforma psiquiatria é a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano 1986. Esse evento contou com a presença de técnicos da saúde, administradores e da população em geral, que defendiam a criação de um sistema de saúde mais justo e igualitário. O resultado dessa conferência foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, cujos princípios norteadores são: universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção à saúde (CARDOSO et al, 2007).

A Declaração de Caracas, é um documento que sugere a reforma na assistência em saúde mental nas Américas. Esta assistência deve ser baseada na atenção primária de saúde, dando ênfase ao atendimento extra-hospitalar e assegurando o respeito aos direitos humanos e civis do doente mental. Essa declaração foi aprovada por aclamação na Conferência de saúde do dia 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela (HIRDES, 2009).

Em dezembro de 1992 ocorreu a II conferência Nacional de Saúde Mental que propunha um novo enfoque à assistência prestada, ou seja, a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviço extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Com relação à Lei 10.216, também conhecida como a lei do deputado Paulo Delgado, ou lei da reforma psiquiatria, que foi sancionada em 6 de abril de 2001. Essa lei regulamenta as internações psiquiátricas, promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de doença mental, destacando-se o processo de desospitalização, a partir da criação de serviços alternativos. Nesse mesmo ano, porém, no mês de dezembro ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, com o tema: Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios (BRASIL, 2005).

As políticas de saúde mental têm como objetivo o redirecionamento do modelo centrado nos hospitais para o extra – hospitalar, com a construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental de diferentes níveis de complexidade –

desde a atenção básica a serviços substitutivos, tipos Centro de Atenção Psicossocial, Serviço de Residência Terapêutica, Rede hospitalar com unidades psiquiátricas em hospitais gerais, Programa de volta pra casa. A instalação da rede de atenção integral à saúde mental possibilita estabelecer um fluxo que permite um melhor acompanhamento e utilização dos serviços disponíveis de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2005).

## **2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

É oportuno ressaltar que o Programa Saúde da Família (PSF), foi criado em 1994, programa proposto pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica, atualmente, o PSF é denominado de Estratégia Saúde da Família (VIEIRA et al, 2008).

Hoje tudo que diz respeito à atenção básica tem se concentrado na no processo de expansão da Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto a principal modalidade de atuação da atenção básica são as ações desenvolvidas que se dão tanto no âmbito individual como coletivo. Elas abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dessa comunidade. As ações de saúde devem seguir os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), além de representar uma transformação do modelo de atenção nos municípios brasileiros, por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais expostas aos riscos de adoecer, também vem despontado como possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidades. Seus pressupostos e diretrizes orientam os processos de trabalho em saúde na perspectiva do diálogo da equipe multiprofissional e usuários (VIEIRA et al, 2008).

No início da implantação a equipe de saúde era composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Porém no ano de 2000, por meio da portaria 1.444

de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da saúde estabeleceu a inserção dos profissionais de saúde bucal na ESF, um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (VIEIRA et al, 2008).

Na opinião de Tanaka e Ribeiro (2009), a Estratégia Saúde da Família tem o potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os usuários para serviços de maior complexidade.

Com relação ao quesito prevenção, cabe a equipe de saúde identificar, em sua área de abrangência, as pessoas que necessitem de cuidados relacionados à saúde mental. Também deve buscar parcerias com outros serviços de saúde mental da região, lembrando que o diagnóstico e atendimento precoce reduzem os atendimentos de emergências (FERNANDES, ET AL 2008).

Já no que diz respeito à promoção, cada equipe deve promover palestras explicativas, grupos terapêuticos, atividades físicas, utilizando os da própria comunidade e da unidade. Com relação aos espaços para realizar as ações em saúde podem ser utilizados o salão paroquial, associações de bairro, escolas, auditório da Prefeitura Municipal entre outros. Para ministrar as palestras, grupos terapêuticos e atividade física, contar com o recurso humano do quadro de funcionário ligado à secretaria de saúde e da secretaria de educação (FERNANDES, et al 2008).

E para finalizar as ações, é oportuno mencionar a contrarreferência que é uma ação de extrema importância, e consiste no contato entre a ESF e o serviço de saúde mental em que o paciente está sendo tratado e vice-versa (FERNANDES, et al 2008).

## **2.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**

A Política Nacional de Medicamentos foi instituída pela Port/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Esta política é norteada pelos princípios e diretrizes do

Sistema único de Saúde (SUS). Ela estabeleceu oito diretrizes, que são: a relação nacional de medicamentos essenciais (Rename), regulamentação sanitária dos Medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (PONTES JUNIOR, 2008).

Vale destacar que o uso racional dos medicamentos também tem sido uma das principais diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para alcançar este objetivo, é fundamental a participação ativa e consciente de diversos atores sociais, expressos aqui como: pacientes, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, odontólogos etc.), legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo (AQUINO, 2008).

## 2.4 PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, porém podem causar dependência física e/ou psíquica. A dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social. Por esse motivo são substâncias farmacológicas que estão sujeitas ao controle especial. Considerando a necessidade de aperfeiçoar o controle e a fiscalização dessas substâncias, o Ministério da Saúde criou a Portaria n.º 344/98 - SVS/MS, de 12 de maio de 1998, que legisla sobre vários parâmetros para a prescrição e venda dessas substâncias (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Lista	Classes das substâncias
A1 e A2	Entorpecentes
A3, B1 e B2	Psicotrópicas
C1	Outras substâncias sujeitas a controle especial
C2	Retinóicas para uso sistêmico
C3	Imunossupressoras

**Quadro I** substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial  
 Fonte: (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004)

Para maior segurança na venda das medicações de controle especial a portaria n.º 344/98, também padronizou as receitas por cor, que são:

Cor	Substâncias constantes na lista
Azul	B1, B2
Branco	C1,C2,C3
Amarelo	A1, A2 , A3

**Quadro II** Padronização dos receituários

Fonte: (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004)

Com relação à prescrição das substâncias de controle especial, a Portaria n.º 344/98 - SVS/MS, de 12 de maio de 1998, estabelece: a prescrição poderá ser realizada por profissionais médicos, cirurgião dentista e médico veterinário. Porém, as prescrições destes fármacos por cirurgiões dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas quando para usos odontológicos e veterinários, respectivamente, conforme Art. 38 da Portaria SVS/MS nº 344/1998 (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

## 2.5 PSICOFÁRMACOS

Desde os tempos primórdios, da existência humana até o século XVIII, há registros, tanto na bíblia como nos livros sagrados de hindus, da utilização de diversas drogas (ópio, haxixe, beladona, passiflora, etc.), com a finalidade de resolver ou abrandar os distúrbios psíquicos (FONTANA, 2005).

Para Fontana (2005), os psicofármacos são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que introduzidas no corpo podem modificar de várias maneiras o comportamento mental, excitando, deprimindo ou provocando perturbações. Esses fármacos possuem efeitos terapêuticos previsíveis e controláveis sobre os transtornos mentais ou disfunções psíquicas, na maioria das vezes por interferência na neurotransmissão sináptica ou sobre enzimas intraneurais.

Com relação à representação dos psicofármacos, Almeida (2006) cita dois exemplos, imagina o que seria dos usuários epiléticos sem a disponibilidade da

terapia de anticonvulsivantes, esta classe de medicamento é apropriada para controlar as dramáticas crises convulsivas. Nesta mesma direção, seria por demais preocupante a falta dos analgésicos opióides ou de ação central, que é indicado para alívio da dor oriunda de processos patológicos crônicos degenerativos.

O emprego sistemático de medicamentos psicofármacos com eficácia comprovada em distúrbios que envolvem o sistema nervoso central (SNC) não é algo que ocorre há muito tempo, esta prática tornou-se disseminada apenas em meados dos anos de 1950 (ALMEIDA, 2006).

A busca por psicofármacos mais seletivos e com menos efeitos colaterais, nos últimos 50 anos, tem sido constante. Esses fármacos estão causando uma verdadeira revolução no tratamento das doenças psiquiátricas, quando utilizados de forma correta, promovem melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes (PAULIM, 2006).

## **2.6 CLASSIFICAÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS**

Atualmente existe uma gama de agentes farmacológicos utilizados no tratamento das doenças mentais. De acordo com Almeida (2006), a classificação das drogas psicotrópicas pode ser agrupada das mais variadas formas, levando em consideração critérios como estrutura química, efeitos adversos, e ação não-terapêutica, entre outras.

A classificação aqui apresentada: ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e estabilizadores do humor, e a mesma utilizada por (ABREU; ACÚRIO; RESENDE, 2000).

Apresentar-se-á a seguir, os aspectos gerais como: indicação terapêutica, nomes químicos e comerciais e algumas outras peculiaridades, referente às classes dos psicofármacos. A presente pesquisa não abordará a posologia, contra-indicação, efeitos colaterais, interações medicamentosas, entre outras informações, embora seja de vital importância, mas não contempla o objetivo da pesquisa.

### 2.6.1 Ansiolíticos

Quando se fala de ansiolíticos está-se falando, praticamente, dos benzodiazepínicos ou tranqüilizantes, esses medicamentos apareceram no mercado na década de 60, caracterizam-se por seu efeito ansiolítico (em baixas doses), e sedativo hipnótico em altas doses. Os fármacos pertencentes à classe dos ansiolíticos, além de possuírem propriedades miorrelaxantes e anticonvulsivante, também são bastante utilizadas em tratamentos de insônia, ansiedade, estress, ou em determinadas circunstâncias, para atenuar situações de pânico do indivíduo (BALLONE, 2005).

Os benzodiazepínicos são as drogas mais frequentemente utilizadas, pois são consistentemente eficazes, têm menos chance de interagir com outros medicamentos ou provocar *avergose* e têm menor potencial de abuso que os barbitúricos e outros ansiolíticos (CLAYTON; STOCK, 2006, p.251).

Nome químico	Nome comercial
Alprazolam	Apraz, Frontal, Tranquinal, Altrox
Bromazepam	Lexotam, Deptran, Somalium, Sulpam
Buspirona**	Ansitec, Bromoprim, Buspanil, Buspar
Clobazam	Frizium, Urbanil
Clonazepam	Rivotril, Clonotril
Clordiazepóxido	Psicosedim
Cloxazolam*	Olcadil, Elum
Diazepam	Diazepam, Noam, Valium, Ansilive,
Lorazepam*	Lorax, Lorium, Mesmerim
*-ansiolíticos usados também como hipnóticos devido a grande sonolência e sedação. ** - considerado ansiolítico não-benzodiazepínico.	

**Quadro III** - Ansiolíticos benzodiazepínicos disponíveis no Brasil  
 Fonte: BALLONE (2005)

Ballone (2005) refere ainda que os ansiolíticos benzodiazepínicos são controlados pelo Ministério da Saúde, ou seja, a farmácia só pode vendê-los mediante receita especial, chamada de Receita tipo B, em cor azul, a qual fica retida na farmácia para posterior controle das autoridades sanitárias.



### 2.6.2 Antidepressivos

Os antidepressivos são medicamentos empregados no tratamento da depressão e nos transtornos de ansiedade, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, e até em estados dolorosos crônicos e na enurese noturna (BALLONE, 2005).

Ainda no que diz respeito à classe dos antidepressivos, eles podem ser classificados em antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase, inibidores seletivos de recaptação da serotonina, antidepressivos atípicos (BALLONE, 2005).

Para Clayton & Stock, (2006, p.261) “todas essas drogas possuem efeitos variados na noradrenalina, dopamina e serotonina, pois bloqueiam a recaptação e limitam a degradação desses neurotransmissores, prolongando sua ação.”

No que diz respeito à classe dos antidepressivos, eles podem ser classificados em quatro grupos, exemplificados a seguir: antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores da monoamina oxidase (IMAO), inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) e antidepressivos atípicos (BALLONE, 2005).

Nome químico	Nome comercial
Amitriptilina	Tryptanol, Amytril
Maprotilina	Ludimil
Nortriptilina	Nortelox, Pamelor

**Quadro IV** – Exemplos de antidepressivos tricíclicos (ADT),  
Fonte: BALLONE (2008)

Nome químico	Nome comercial
Tranilcipromina	Parnate, Stelapar
Moclobemida	Aurorix
Selegilina	Elepril, Jumexil

**Quadro V** - Exemplos de antidepressivos IMAOs  
Fonte: BALLONE (2008)

Nome químico	Nome comercial
Fuoxetina	Prozac, Daforim, Deprax, Fluxene, Nortec,
Nefazodona	Serzone
Paroxetina	Aropax, Cebrilim, Pondera, Benepax
Sertralina	Zoloft, Tolrest, Novativ, Assert
Citalopram	Cipramil, Procimax, Città

**Quadro VI** - Antidepressivos ISRS

Fonte: BALLONE (2008)

Nome químico	Nome comercial
Fluvoxamina	Luvox
Mianserina	Tolvon
Mirtazapina	Remeron
Reboxetina	Prolift
Tialeptina	Stablon
Trazodona	Donarem
Venlafaxina	Efexor
Duloxetina	Cymbalta
Bupropiona	Welbutrin, Zetron, Bup
Ecitalopram	Lexapro

**Quadro VII** – Exemplos de antidepressivos atípicos

Fonte: BALLONE (2008)

Atualmente as indicações para o uso de antidepressivos vem, progressivamente, sofrendo ampliação, de acordo com o melhor entendimento sobre a participação dos elementos emocionais em outros transtornos médicos, além da própria depressão (BALLONE, 2005).

### 2.6.3 Antipsicóticos

Também denominados de neurolépticos, são medicamentos psicotrópicos que apresentam efeitos sedativos e inibidores das funções psicomotoras. Esses fármacos vêm sendo prescritos principalmente para o tratamento da esquizofrenia, mas também são eficazes em outras psicoses e estado de agitação (KATZUNK, 2006).

Clayton & Stock, (2006) ressaltam desde 1990, que os agentes antipsicóticos vêm também sendo classificados em tradicionais ou típicos, também

denominados de primeira geração ou e atípicos ou de segunda geração, com base no seu mecanismo de ação. Os antipsicóticos são considerados atípicos pela capacidade que têm de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais.

Nome químico	Nome comercial
Ziprazidona	Geodon
Clozapina	Leponex
Risperidona	Risperidal, Risperdol
Olazapina	Zyprexa
Quetiapina	Seroquel
Aripiprazol	Abylife

**Quadro VIII** - Principais antipsicóticos típico no Brasil

Fonte: BALLONE (2008)

Nome químico	Nome comercial
Levomepromazina	Levozine, Neozine
Flufenazina,	Anatensol, Flufenan
Mesoridazina,	Melleril
Amisulprida	Socian
Clorpromazina	Amplictil, Clorpromazina
Trifluoperazina.	Stelazine
Haloperidol	Haldol, Haloperidol

**Quadro IX** - Principais antipsicóticos atípicos

Fonte: BALLONE (2008)

#### 2.6.4 Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes são fármacos que têm ação importante tanto na psiquiatria, como na neurologia. Dessa forma os anticonvulsivantes são chamados, na neurologia, de antiepiléticos, pois são indicados para a prevenção e tratamento das crises convulsivas e epiléticas. Porém, na psiquiatria, atuam como antimpulsivos e estabilizadores do humor no transtorno afetivo bipolar (CLAYTON & STOCK, 2006).

Alguns desses fármacos possuem efeitos antimaníacos (antieufóricos) e, possivelmente, antidepressivos (carbamazepina, valproato de sódio, clonazepam), podem ser úteis no tratamento das fortes reações de ira e da conduta impulsiva e agressiva. (CLAYTON & STOCK, 2006).

Os anticonvulsivantes não devem, nunca, serem suspensos de forma súbita, devido ao risco de produzir crises convulsivas na abstinência (CLAYTON & STOCK, 2006).

Clayton & Stock, (2006), mencionam que os seguintes benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, clorazepato, clonazepam, também são utilizados como anticonvulsivantes.

“Em geral, os anticonvulsivantes aumentam o limiar convulsivo e regulam a atividade elétrica dos neurônios, inibindo os processos excitatórios, ou aumentando os processos inibitórios.” (CLAYTON & STOCK, 2006, p.293).

Nome químico	Nome comercial
Carbazepina	Tegretol, tegretard
Ácido Valproílico	Depakene, epilênil, valpakene,
Fenobarbital	Gradenal
Gabapentina	Neurotin
Lamotrigina	Lamitor, neural
Oxcarbazepina	Trileptal
Valproato de Sódio	Depakote
Topiramato	Amato, topamax

**Quadro X** - Principais anticonvulsivantes no Brasil

Fonte: BALLONE (2002).

## 2.6.5 Estabilizadores do Humor

São substâncias químicas utilizadas para a manutenção da estabilidade do humor, têm indicação exclusiva para os transtornos afetivos bipolares e os episódios de mania (euforia) ou de hipomania, não sendo essencialmente antidepressivas nem sedativas (BALLONE, 2005).

Carbamazepina	Tegreto, Tegretard
Oxcarbazepina	Trileptal, Oleptal
Carbonato de Lítio	Carbolitium, Litiocar, Neurolitium
Gabapentina	Neurontim, Progresse
Lamotrigina	Lamictal, Neurim
Divalproato de Sódio	Depakote
Topiramato	Topamax, Amato

**Quadro X I:** Principais estabilizadores do humor no Brasil

Fonte: BALLONE (2008).

### **3 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foram utilizadas técnicas e métodos que forneceram subsídios no desenvolvimento do estudo e na transcrição dos dados obtidos.

Então, metodologicamente, a pesquisa compreenderá os seguintes passos, (1) Delineamento do Estudo, (2) Cenário da pesquisa, (3) População do estudo, (4) Coleta de dados, (5) Análise final dos dados, (6) Considerações éticas.

#### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva, sobre o padrão de consumo de psicofármaco.

Lima-Costa e Barreto (2003, p.191), complementam

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo).

#### **3.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada na Instituição de Saúde identificada como Estratégia Saúde da Família Margem Esquerda, a qual está situada à Rua: Dona Gertrudes, nº 99, bairro Centro, no município de São Ludgero/SC.

O município de São Ludgero está situado na região Sul do Estado de Santa Catarina, integra a Associação dos Municípios Encosta da Serra Geral (AMESG). Distante a 182 km da capital do estado (Florianópolis). Possui uma área territorial de 120 km<sup>2</sup>, e população, estimada em 10.218 habitantes de acordo com o IBGE (2008).

O serviço municipal de saúde é composto por duas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), um serviço de Pronto Atendimento e uma farmácia central que conta com clínico geral, ginecologista, pediatra, farmacêutico, cirurgião-dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

As unidades de saúde são denominadas de Margem Direita e Margem Esquerda, tal denominação foi atribuída, pois ambas as unidades estão situadas as margens do rio Braço do Norte, rio que atravessa o município. Em junho de 2010 foi inaugurada a unidade básica de saúde Encosta do Sol.

A farmácia central fica anexa ao Pronto Atendimento, e é responsável pela dispensação dos medicamentos psicotrópicos.

### **3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Esse estudo teve como população-alvo, os usuários do Sistema Único de Saúde, da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família da Margem Esquerda do município de São Ludgero/SC, que se encontram em tratamento com medicações psicofarmacológicas.

Entende-se como área de abrangência, um conjunto de microareas que está sob a responsabilidade de uma Unidade de Saúde da Família. Recomenda-se que cada equipe seja responsável pelo atendimento de 700 a 1000 famílias, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.000 habitantes (SAITO, 2008).

#### **3.3.1 Amostra do estudo**

A amostra do estudo foi composta por 100 (cem) usuários, utilizadores de psicofármacos, que comparecerem na Instituição de saúde durante o período da pesquisa, que compreendera os meses de setembro e outubro de 2010.

### **3.3.2 Critérios de inclusão:**

Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18, que estejam cadastrados na Estratégia Saúde da Família Margem Esquerda. Atendendo às exigências formais contidas na Resolução 196/96 sobre pesquisa que envolve seres humanos. Os usuários foram previamente informados dos objetivos da pesquisa, aqueles que concordaram em participar, solicitou-se que assinassem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice B), adotando como modelo a proposta do Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC.

O Termo encontra-se de posse da pesquisadora, as respostas não ofereceram qualquer risco à saúde ou integridade física dos respondentes, sendo suas identidades preservadas pela pesquisadora.

### **3.3.3 Critérios de exclusão**

Adotar-se-á como critérios de exclusão os indivíduos com idade inferior a 18 anos, pessoas com deficiência mental e com transtorno mental severo.

## **3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS**

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice A), elaborada pela própria pesquisadora. As perguntas versam sobre as variáveis sociodemográficas e aspectos específicos sobre consumo de psicofármacos. A entrevista foi aplicada pela pesquisadora, no consultório de enfermagem da Instituição de saúde já referida, e o preenchimento será realizado pelo informante.

As perguntas fechadas destinadas a obter informação sociodemográfica do entrevistado (sexo, escolaridade, idade etc.) e respostas de identificação de opiniões (sim – não, conheço – não conheço etc.), e as perguntas abertas, destinadas a aprofundar as opiniões do entrevistador (RICHARDSON, 1999, P.193).

### **3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Ao término das entrevistas, os dados obtidos serão tabulados de acordo com as variáveis do estudo. Para análise dos dados haverá cálculos de percentagens e os resultados serão apresentados na forma de gráfico, tabelas ou quadros e posteriormente, analisados e interpretados pela autora em consonância com a literatura estudada. O software a ser utilizado será Microsoft Office Excel versão 2003.

#### **3.5.1 Variáveis em estudo**

Dependentes: uso de psicofármacos, Independentes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional.

### **3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Durante todas as etapas de execução da pesquisa foram respeitados os princípios éticos e legais, conforme as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos contido na Resolução nº 196/96. A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.



#### 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

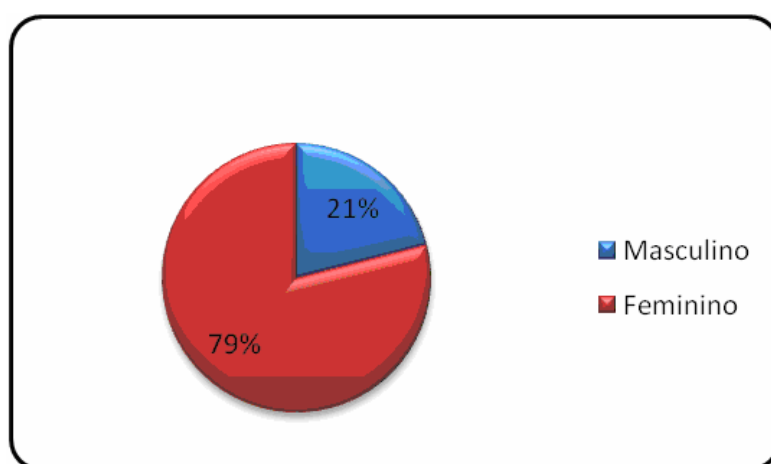
Os dados aqui levantados foram obtidos no período de 13 de setembro a 15 de outubro de 2010. A população pesquisa estava composta por 100 (cem) usuários utilizadores de psicofármacos, dimensão amostral considerada adequada aos objetivos propostos.

Além dos propósitos acadêmicos essenciais, pretende-se informar os resultados da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social do município, à equipe de Saúde da Família da Margem Esquerda, e também à comunidade, por meio dos jornais de circulação local.

##### 4.1 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES DO ESTUDO

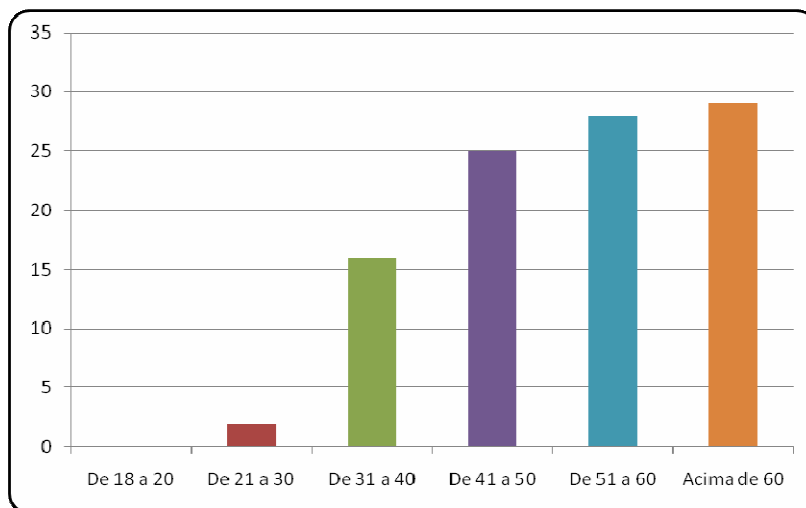
As variáveis independentes investigadas na presente pesquisa foram: sexo, idade (anos completos), grau de escolaridade, estado civil e ocupação profissional.

Das 100 entrevistas realizadas, percebe-se uma predominância na amostra do gênero feminino, de 79 contra 21 do gênero masculino (gráfico 1).



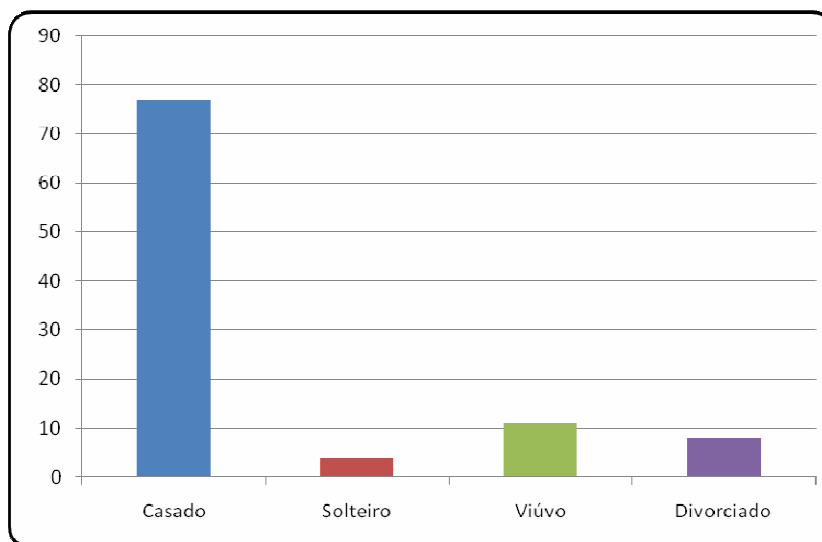
**Gráfico 1**- Distribuição dos entrevistados segundo o gênero  
Fonte: Da autora

O gráfico 2 registra a faixa etária dos entrevistados. Nota-se que o maior consumo de psicofármaco está no grupo etário entre os intervalos de idade de 41 a 50 anos (35 usuários),



**Gráfico 2** – Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária  
Fonte: Da autora

Quanto ao estado civil dos participantes deste estudo (gráfico 3), 77 são casados, 11 são viúvos, 8 são divorciados e apenas 4 referiram ser solteiros. Observa-se que o maior índice de consumo de psicofármacos foi entre os casados.



**Gráfico 3** – Distribuição dos entrevistados segundo ao estado civil  
Fonte: Da autora

Em relação ao grau de escolaridade (gráfico 4). Nota-se um aumento expressivo de psicofármacos entre os entrevistados que apresentaram o ensino fundamental incompleto (68), seguida pelos que concluíram o ensino fundamental completo (17), ensino médio completo (14).

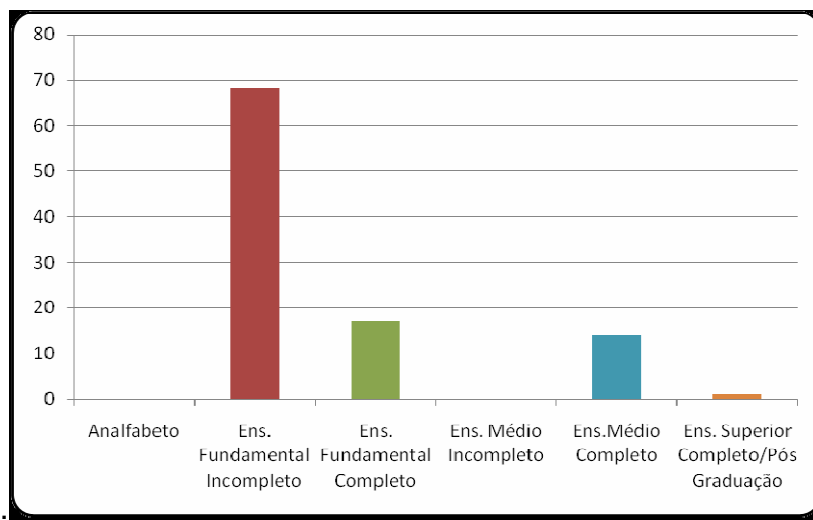


Gráfico 4- Distribuição dos entrevistados segundo ao grau de escolaridade  
Fonte: Da autora

Na variável ocupação profissional demonstrada no gráfico abaixo, as donas de casa foram as que mais consumiram psicofármacos no período da entrevista (44), logo após vem outras ocupações (27), aposentados (19) e autônomos (10).

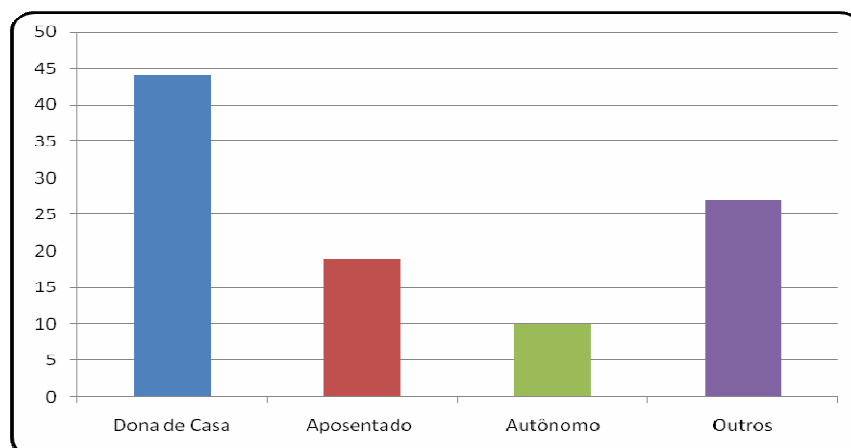


Gráfico 5- Distribuição dos entrevistados segundo ocupação  
Fonte: Da autora

## 4.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES DO ESTUDO

Foram abordadas as seguintes questões, nome (s) dos psicofármaco (s) utilizado (s) no momento da entrevista, tempo de uso de psicofármaco, condição referida (diagnóstico médico), que levou os entrevistados a fazerem uso do psicofármaco, e as dúvidas referentes ao tratamento.

Existem vários medicamentos e classes de psicofármacos consumidos pela população alvo deste estudo. Para efeitos práticos elaborou-se uma tabela apresentada a seguir. Na primeira coluna está o nome do fármaco, na segunda o respectivo número de usuários que consomem estes fármacos, e na terceira, a classe de psicofármacos a que pertencem os fármacos citados

**Tabela 1-** Relaciona o nome dos fármacos, usuários que os utilizam e a classe.

Nome	Quantidade	Classe
Rivotri	41	Ansiolítico
Fluoxetina	23	Antidepressivo
Diazepam	21	Ansiolítico
Bromazepam	14	Ansiolítico
Amitriptilina	08	Antidepressivo
Setralina	08	Antidepressivo
Respiridona	07	Antipsicótico
Venlafaxina	06	Antidepressivo
Paroxetina	06	Antidepressivo
Equid	05	Antipsicótico
Carbolitium	05	Estabilizador de humor
Alprazolam	05	Ansiolítico
Imipramina	03	Antidepressivo
Citalopram	03	Antidepressivo
Pamelor	03	Antidepressivo
Zolpiden	02	Ansiolítico
Fenorbabital	02	Anticonvulsivante
Tegretol	02	Anticonvulsivante
Frisium	01	Ansiolítico
Rohypnol	01	Ansiolítico
Geodon	01	Antipsicótico
Amplectil	01	Antipsicótico
Donarem	01	Antidepressivo
Lorazepam	01	Ansiolítico
Eutonis	01	Ansiolítico
Inovane	01	Ansiolítico

Seroquel	01	Antipsicótico
Amato	01	Anticonvulsivante
Neurontin	01	Anticonvulsivante
Dalmadorn	01	Ansiolítico
Cymbalta	01	Antidepressivo
Tacrinal	01	Ansiolítico
Neuleptil	01	Antipsicótico
Ludiomil	01	Antidepressivo
Lexapro	01	Antidepressivo

Fonte: Da autora

A partir da tabela exposta, construiu-se um gráfico para melhor apresentar as classes de psicofármacos mais consumida pela população. Então o gráfico 6 mostra a seguinte realidade: houve maior percentual de consumo entre os antidepressivos e os ansiolíticos ambos são utilizados por 12 (31%) dos usuários, logo em seguida vem à classe dos antipsicóticos consumida entre 6 pessoas (15%), O estabilizador de humor foi citado por 5 (13%), dos usuários e os anticonvulsivantes são consumidos por apenas 4 (10%) dos usuários.

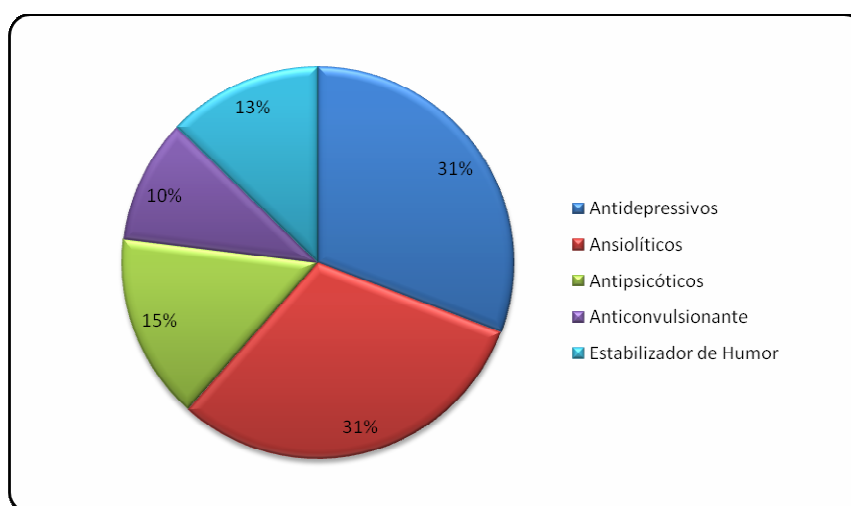


Gráfico 6- Distribuição da classe de psicofármaco mais consumida.  
Fonte: Da autora

O gráfico 7, revela há quanto tempo, a população pesquisada faz tratamento com psicofármaco. Observa-se o seguinte panorama, o maior tempo de consumo foi de um a quatro anos, seguido pelo de cinco anos a nove, e de dez a 30 anos

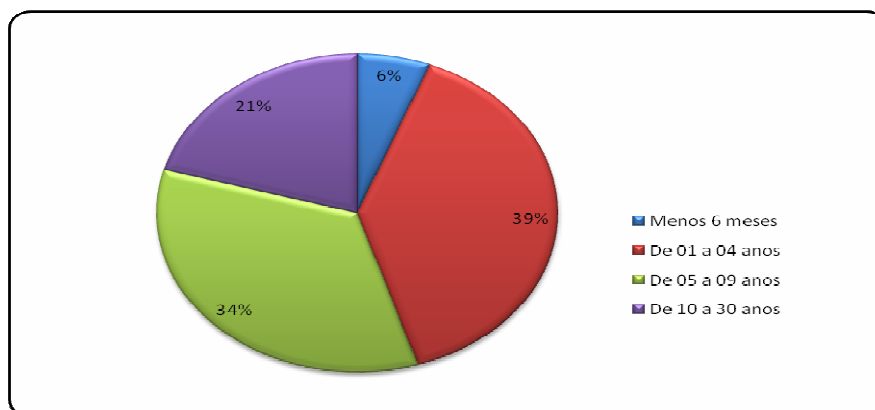


Gráfico 7- Distribuição dos entrevistados segundo o tempo de uso  
Fonte: Da autora

Em relação à condição médica que justifica o uso de psicofármaco o gráfico 08 evidencia que a depressão foi a mais referida 53, seguidos pela ansiedade 26, insônia 16, crise convulsiva 2, três pessoas não responderam.

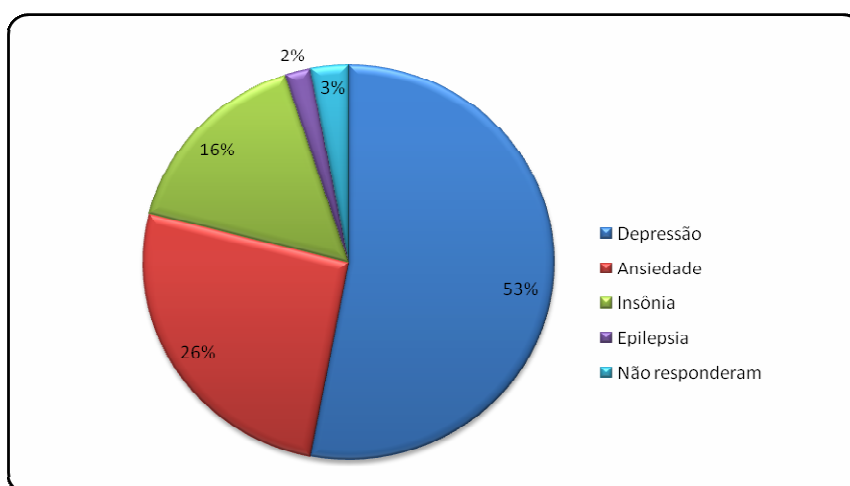


Gráfico 8 – Condição referida pelo usuário para o uso de psicofármaco.  
Fonte: Da autora

A seguir apresentar-se-á as dúvidas relatadas pelos usuários em relação ao seu tratamento com psicofármacos. Na tabela 2, na primeira coluna, é o número sequencial, na segunda coluna estão descritas as dúvidas e na terceira, os respectivos números de usuários que apresentaram. Vale ressaltar que apenas 65 usuários responderam este questionamento.

**Tabela 2 - Dúvidas relacionada ao tratamento e o respectivo número de usuários que as descreveram.**

Nº	Dúvida	Nº de usuários
1	Medicamentos psiquiátricos causam dependência?	08
2	O que vem a ser abstinência?	06
3	Posso para de tomar os medicamentos por conta própria?	11
4	Por que o rivotril não tem mais efeito com muito tempo de uso?	11
5	Existem outras formas de tratamento para depressão?	09
6	É normal tomar mais de duas medicações controladas?	10
7	Após tratamento a depressão pode voltar?	05
8	O uso da fluoxetina pode causar perda de peso?	05

Fonte: Da autora

## 5. DISCUSSÃO

Em relação ao gênero (gráfico 1), observa-se que as mulheres consomem três vezes mais psicofármacos que os homens. Este aumento expressivo de consumo de psicofármaco pelo sexo feminino, também foi evidenciado nos estudos de Rodrigues et al (2006).

Esta prevalência de consumo no gênero feminino, Goulart (2006), esta justifica a seguir profere que as mulheres são mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, buscam precocemente ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens. Garcia et al (2006), complementam os transtornos de ansiedade e depressão são os mais comumente encontrados na população feminina, e de um modo em geral as mulheres recorrem mais os serviços de saúde em relação aos homens.

No gráfico 2 encontra-se a distribuição do uso de psicofármacos de acordo com as faixas etárias. Quanto a idade dos participantes, a mínima foi de 25 anos e a máxima de 80 anos. O consumo deste medicamento foi maior no grupo etário acima de 60 anos que totalizou 29 usuários, seguido pelo grupo de 51 a 60 anos: 28 consumidores, a terceira classificação ficou com o grupo de 41 a 50 anos: 25 usuários, O menor percentual encontrado foi nos grupos etários com intervalos de idade de 31 a 40 anos: 16 pessoas, e de 21 a 30 anos: 2 usuários. Somando-se os grupos etários dos 50 a 60 anos, e acima de 60 anos, chega-se a um percentual de 57%, esse resultado mostra que a população que mais procurou atendimento na ESF no período da pesquisa era composta por pessoas proporcionalmente mais velhas.

Os dados em relação à faixa etária são condizentes com os estudos de Goulart (2006) e Rodrigues et al (2006), os autores também observaram uma maior prevalência de consumo de psicofármacos entre os pacientes com maior idade

Para Monteiro (2004), esse aumento pode estar associado com a maior possibilidade de aparecimento de diversos problemas de saúde nesta faixa etária, entre os quais àqueles em que se utilizam os psicofármaco como terapia principal ou como coadjuvante.

No que tange ao estado civil (ver gráfico 3), foi feita uma divisão entre os participantes que apresentavam união estável (casado/amasiado), e os que



apresentavam união considerada instável (solteiros, viúvos e divorciados). Houve maior predominância do consumo de psicofármaco entre os casados, os viúvos e divorciados situaram-se em uma faixa intermediária, e os solteiros apresentaram os menores índices. Observação semelhante foi feita por Abreu et al (2006), que o maior consumo de psicofármaco foi entre os participantes que apresentavam uma união estável. Porém, contrasta com os dados encontrados no estudo de Goulart (2006), na pesquisa deste autor, o grupo que apresentou maior índice de consumo foram os divorciados/ desquitados.

Na caracterização por nível de escolaridade (gráfico 4), usou-se a seguinte classificação: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, curso superior completo e pós-graduação. O maior consumo de psicofármaco encontrado foi entre os usuários com ensino fundamental incompleto, seguida pelos que concluíram o ensino fundamental completo e ensino médio completo. Vale ressaltar que o usuário que referiu ter o curso superior completo é o mesmo que possui pós-graduação.

Os estudos realizados por Goulart (2006) e Rodrigues et al (2006), também apresentou um maior consumo de psicofármacos entre os participantes com baixo nível de escolaridade.

Outra variável analisada foi a ocupação profissional demonstrada no (gráfico 5). Observou-se que a grande maioria dos entrevistados se ocupa com trabalhos de donas de casa/do lar (44), logo após, vem outras ocupações (27), aponsetando (19), autônomo (10). Incluem-se, em outras ocupações, as profissões que tiveram pouca representatividade tais como: Agente Comunitária de Saúde, agricultor, vendedoras/balconistas, auxiliar de produção, operador de máquinas, serviços gerais, cozinheira. O maior percentual aqui encontrado traduzem os encontrados por Abreu et al (2006) e por Goulart (2006). Este achado se confirma quando avalia-se o consumo de psicofármaco segundo o gênero, que aponta para uma maior prevalência de uso entre as mulheres.

Dentre as classes de psicofármacos mais consumidas pela população estudada, chama a atenção o fato do empate entre os antidepressivos e ansiolíticos, ambos são consumidos por 12 pessoas, que representa 31% da amostra. Em segundo lugar ficou a classe dos antipsicóticos utilizado por 6 usuários, ou seja, (15%), o terceiro lugar encontra-se os estabilizadores de humor mencionados por 5 dos cem entrevistados (13%) e a classe com menor percentual

foram os anticonvulsivantes pontuada por 4 entrevistados que correspondem (10%). Na literatura científica não foram encontrados trabalhos que contemplassem esse achado. Nos estudos de Goulart (2006), os psicofármacos mais consumidos foram os antidepressivos, seguidos pelos ansiolíticos, porém não houve relato de consumo das classes de antipsicóticos e estabilizador de humor e anticonvulsivantes.

No entendimento de Rodrigues et al (2006), o aumento do consumo de antidepressivos, provavelmente está relacionado com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com a ampliação das indicações terapêuticas a outras condições psiquiátricas, e com o surgimento de novos medicamentos dessa classe de psicofármaco.

Observando-se na distribuição dos fármacos pertencente à classe dos antidepressivos (tabela 1), a fluoxetina foi a mais consumida, 23 usuários. Andrade et al (2004), e Istilli, et al (2010), também evidenciaram o aumento no consumo de fluoxetina em seus estudos.

No que diz respeito à classe dos ansiolíticos, Ballone (2005), contempla os ansiolíticos, benzodiazepínicos são substância de amplo uso, e estão entre os mais vendidos no mundo. Esta classe de psicofármaco é bastante utilizada no tratamento da insônia, ansiedade, estresse ou em determinadas circunstâncias para atenuar situações de pânico do indivíduo.

O aumento do consumo dos ansiolíticos foi notório entre a década de 60 e 80. Estima-se que atualmente cerca de 10% da população adulta dos países desenvolvidos fazem uso de diazepínicos, regular ou esporadicamente (CEBRID, 2004).

Ao analisar a (tabela 1) que demonstra a distribuição dos fármacos mais utilizados pela população alvo deste estudo, nota-se que dentre os fármacos que fazem parte da classe dos ansiolíticos a maior incidência recai sobre o uso do rivotril (marca registrada do genérico clonazepam).

A classe dos antipsicóticos é consumida por 6 usuários (15%) da amostra total dos entrevistados. A prevalência aqui encontrada foi inferior àquela relatada no estudo de Abreu et al (2000), que encontrou 20% de consumo na população estudada. Na distribuição dos fármacos pertencente à classe dos antipsicóticos, (tabela 1), constata-se que a risperidona é utilizada por 7 usuários e foi a substância

com maior utilização, seguida pelo equilid que é consumida por 5 dos 100 entrevistados.

Com relação à classe do estabilizador de humor, apenas 5 usuários utilizam (13%). São vários fármacos que englobam esta classe, sendo que o carbolitium, também denominado de carbonato de lítio foi o único referido pela população estudada.

A classe de psicofármaco com menor percentual foram os anticonvulsivantes consumida por 4 dos cem entrevistados (10%). Entre os fármacos que compõem esta classe, percebe-se que houve igualdade de consumo do fenobarbital (50%) e o tegretol (50%), ou seja, ambos são utilizados por 2 usuários.

Quando questionados sobre o tempo de uso do psicofármaco, o menor período citado foi de três meses e o maior de trinta anos. Para efeitos práticos, os períodos foram assim distribuídos, menos de seis meses de uso, de um ano a quatro anos de uso, de cinco a nove anos, de dez a 30 anos.

Pelos dados expostos no (gráfico 7) e somando-se os intervalos de tempo de consumo de 1 a 4 anos (40), de 5 a 9 anos (35), de 10 a 30 anos (21), totaliza 94 usuários. Esse resultado chama a atenção, comparando-se as condições médicas que justifica o uso desse medicamento na população estudada. Será que esse elevado número de pacientes pode estar apresentando um quadro de dependência?

Em comparação a outros estudos brasileiros não foram observados relatos referente ao tempo de uso de psicofármaco aos encontrados nesta pesquisa.

No que tange a duração da terapia com psicofármacos, encontrou-se em Ballone e Caetano (2002) que em determinadas doenças ou situações, recomenda-se por um período breve, ou seja, por poucas semanas, outros requerem um período mais prolongado de meses ou anos, e em algumas patologias o tratamento com psicofármaco é para o resto da vida.

Nesta pesquisa também foi possível averiguar a quantidades de psicofármacos que cada um consome diariamente, a qual variou de dois a seis psicofármacos pertencentes à mesma classe ou classes diferentes. Dos cem (100) usuários entrevistados quarenta (40) utilizam dois fármacos, dez (10) utilizam três medicamentos, um (1) utiliza quatro psicofármaco, quatro (4) utilizam cinco, e um usuário faz uso de seis psicofármacos.

Para Brasil (2000), o uso concomitante de vários psicofármacos tem sido frequente, seja para potencializar efeitos, pela presença de comorbidades ou de

outras condições médicas associadas. O uso concomitante destes fármacos tem gerado preocupação tanto pela possibilidade de diminuírem a ação das drogas envolvidas, quanto pelo potencial de causarem toxicidade.

No roteiro de perguntas, houve um questionamento sobre as dúvidas dos usuários em relação ao seu tratamento com psicofármaco. Por meio desta pergunta buscou-se responder o objetivo específico da pesquisa: identificar o nível de compreensão que os portadores de transtornos mentais têm sobre o seu tratamento. Então, dos 100 entrevistados, 15 não responderam, 20 expressaram não ter dúvidas, e 65 deles demonstraram dúvidas. Quanto as dúvidas descritas, houve repetição ou semelhança, sendo assim a pesquisadora agrupou para um melhor entendimento, explanada no quadro IV.

Os resultados apontam que as dúvidas mais frequentes foram sobre a interrupção do tratamento por conta própria (11), o consumo de rivotril por tempo prolongado parece não surgir, efeito (11), existem outras formas de tratamento para depressão (09), é normal tomar mais de duas medicações controladas (10), o que vem a ser abstinência (6), os medicamentos psiquiátricos causam dependência (8), o uso da fluoxetina pode causar perda de peso (5), após tratamento, a depressão pode voltar (5). Os resultados apontam que há falta de orientação médica durante a escolha da terapia medicamentosa, e reforço por parte da farmacêutica e equipe de enfermagem.

Essa observação é preocupante, pois as dúvidas expostas pelos entrevistados podem interferir no tratamento. A orientação médica sobre o uso de psicofármaco é muito importante para a adesão ao tratamento e também para minimizar os efeitos colaterais. Vale ressaltar que as dúvidas relacionadas foram esclarecidas no momento da entrevista pela pesquisadora de acordo com a literatura.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente monografia deve-se ao interesse da pesquisadora conhecer os hábitos acerca do consumo de psicofármaco dos usuários da Estratégia Saúde da Família Margem Esquerda, onde atua como enfermeira

Julga-se importante que os dados aqui encontrados sejam repassados à equipe de saúde, usuários e gestores. Acredita-se que esses resultados, além de contribuir no planejamento das ações de saúde destinada aos portadores de doenças psiquiátricas, também sirvam de alerta aos utilizadores de substâncias psicofarmacológicas, e aos gestores para que possa servir de subsídio para melhoria das políticas de saúde mental do nosso município. Sabe-se que muitos desafios precisam ser enfrentados para a consolidação desta política.

A análise dos resultados do presente estudo permitiu as seguintes conclusões: o perfil da população alvo desse estudo configura-se predominantemente no sexo feminino, entre as pessoas casadas, dona de casa (do lar), no grupo com menor escolaridade e a faixa acima de 60 anos.

Entre a classe de psicofármacos mais utilizadas encontram-se os antidepressivos e ansiolíticos. Os fármacos mais prescritos na população estudada foi o rivotril e a fluoxetina. A depressão, ansiedade e insônia foram as condições mais citadas que justifica o uso de psicofármaco.

Ficou comprovado o uso prolongado e a polimedicação de psicofármacos neste estudo, sendo que mais da metade dos entrevistados relataram fazer uso contínuo da medicação (1 a 30 anos) e consomem mais de dois fármacos ao dia.

Esta pesquisa também indica que há falhas de informação por parte de três personagens (médico, farmacêutico e enfermeira). A respeito do tempo de uso, efeitos adversos ocasionados por alguma classe de psicofármaco, e também sobre a interrupção por conta própria e sobre as outras modalidades de tratamento para depressão, ansiedade e insônia.

A correlação entre as condições médicas mais citadas, o elevado consumo e o tempo prolongado de tratamento nesta pesquisa causou uma inquietação na pesquisadora. Pois segundo Ballone (2005), este fato pode caracterizar uma dependência. E as pessoas com quadro de dependência necessitam de atendimento médico e psicológico.

Em relação ao exposto, Goulart (2006) complementa para todas as indicações terapêuticas com substâncias psicofarmacológicas, a psicoterapia também deve ser recomendada, a abordagem psicoterápica é necessária para auxiliar os usuários a entender seu próprio comportamento, pensamentos e emoções.

Porém, a psicoterapia não é uma prática comum entre os usuários portadores de doenças mentais na nossa unidade de saúde. Esta ausência deve-se a dificuldade de agendar uma consulta psicológica, sendo que em nosso município não há psicólogos inseridos na Secretária de Saúde, e o atendimento privado é inacessível para essa clientela. Desse modo, convém salientar a necessidade de medidas urgentes em prol dos portadores de doenças psiquiátricas.

Os dados mostraram que a nossa realidade de consumo de psicofármacos, embora semelhante a de outros municípios, tem particularidades que precisam ser respeitadas na elaboração de programas de prevenção, para que sejam adequados à nossa população.

Atualmente a Estratégia Saúde da Família é considerada como porta de entrada do sistema, e se apresenta como um espaço privilegiado para intervenções em Saúde Mental devido à possibilidade que oferece de superar o modelo de atendimento extra- hospitalar psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Reconhece-se que dentro da ESF é possível a realização de um atendimento adequado em saúde mental, e que este deva ir além das renovações de receitas, encaminhamentos a psiquiatras e entregas de psicofármacos. Para que este atendimento seja efetivado, as equipes necessitam ser capacitadas para lidar com a problemática apresentada, cabendo aos gestores o investimento de recursos financeiros para a elaboração de programas de assistência aos portadores de doenças mentais e seus familiares.

Embora os objetivos da pesquisa tenham sido atingidos, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, para uma avaliação mais completa á respeito do consumo de psicofármacos.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; ACURCIO, Francisco de Assis; RESENDE, Vera Lúcia Silva. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, jan. 2000, vol.7, n.1, pp. 17-23.

ALMEIDA, Reinaldo Nóbrega de. **Psicofarmacologia: fundamentos práticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 357 p.

ANDRADE, Márcia de Freitas; ANDRADE, Regina Célia Garcia de; SANTOS, Vânia dos. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, out/dez, 2004, vol.40, n.4, pp. 471-479.

AQUINO, Daniela Silva da. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, abr, 2002, vol.13 suppl. 0. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 09 julho de 2010.

BALLONE, GJ - Deficiência Mental - in. **PsiquWeb**, revisto em 2003. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/dm1.html>.> Acesso em 17 de julho de 2010.

\_\_\_\_\_. **Curso de Psicofarmacologia**. Disponível em: <http://gballonesites.uol.com.br/cursos/farmaco2>. Revisto em 2003> Acesso em 09 de novembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ansiolíticos&tranqüilizantes. in.**PsiquWeb**.Disponível em: [WWW.psiqweb.med.br](http://WWW.psiqweb.med.br). Revisto em 2005. > Acesso em: 08 de julho de 2010.

\_\_\_\_\_.Perguntas mais freqüentes sobre Medicamentos - in. **PsiquWeb**. Disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005. Acesso em 09 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_.Antidepressivos ISRS - in. **PsiquWeb**. Disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005. Acesso em 09 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Estabilizadores do Humor - in. **PsiquWeb**.Disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2008.

Ballone GJ - *Tratamento da Ansiedade* -in. **PsiquWeb**. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, revisto em 2007.

BRASIL, Heloisa Helena A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, dez, 2000, vol.22, suppl.2, pp. 40-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiatria e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas OPAS**. Brasília, novembro de 2005.

CARDOSO, Jeferson Paixão et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Revista Brasileira em promoção da saúde**. Fortaleza, 2007, vol. 20, nº 04. pp 252 – 258.

CEBRI - **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia/ UNIFESP Disponível em: <http://www.saude.inf.br/cebrid/cebrid.htm>: <http://www.cebrid.epm.br/questdrogas/ansioliticos.html>. <Acesso em: 09 de novembro de 2010.

CLAYTON, Bruce D, STOCK, Yvonne N. **Farmacologia na prática de enfermagem**; tradução de Danielle Corbett...[et al]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília**, dez, 2003, vol.12, no. 4, p.189-201.

FERNANDES, Ana Lúcia Magnanelli, et al. Integralidade da atenção Integralidade na saúde mental: estratégias e mecanismos de Integração dos diferentes níveis de atenção. In: SAITO, Raquel Xavier Souza. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008, p.119 – 158.

FONTANA, Antonio Matos. . **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005. 511 p.

GARCIAS,et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7): 1565-1571, jul, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/11.pdf> > acesso em 1º de novembro 2020.

GOULART, Maria Stella Brandão. **Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica**. São João Del-Rei, jun, 2006, v. 1, Disponível em:



[http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositor/File/revistalapip/A\\_.>](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositor/File/revistalapip/A_.>) Acesso 18 de julho de 2010.

GOULART, Rafael. **Estudo do uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antonio de Lisboa**. Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC, Florianópolis, 2006.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, jan/fev 2009. vol.14, n.1, pp. 297-305.

ISTILLI, Plínio Tadeu et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2010, vol.18, n.3, pp. 421-428. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692010000300018.

KATZUNG, Bertram G. **Farmacologia: básica & clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 991 p.

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, abr/jun 2004, vol.9, n.2,

MONTEIRO, Verônica de Fátima Ferreira. **Perfil dos medicamentos ansiolíticos atendidos na farmácia municipal do município de Campos dos Gaytacazes- RJ no ano de 2008**.

PAULIM, Luiz Fernando Ribeiro da Silva. Psicofármacos: reações adversas e intoxicações. In: FONTANA, Antonio Matos. **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap 29, p.461.

PONTES JUNIOR, Durval Martins et al. A definição de medicamentos prioritários para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008, set/2008, vol.24, n.9, pp. 2081-2090.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampla São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

RODRIGUES, Maria Aparecida P; FACCHINI, Luiz Augusto; LIMA, Maurício Silva de. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, jan./fev,2006, vol.40, n.1, pp. 107-114.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde. In: OHARA, Elisabeth Calabuig; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo, 2008 Martinari, 2008, p.21-60.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Revista ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, mar/abr 2009, vol.14 nº. 2.

VIEIRA, et al. Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: Integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, Raquel Xavier Souza. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008, cap I, p 17 -46.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A

### ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

#### **Variáveis sociodemográficas**

1. Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_, Microárea \_\_\_\_\_.
2. Faixa etária (em anos):  
( ) 18 a 20 ( ) 20 a 30 ( ) 30 a 40 ( ) 40 a 50 ( ) 50 a 60, acima de 60 ( )
3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
4. Estado civil: ( ) solteiro (a) ( ) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) divorciado (a)
5. Grau de escolaridade:  
( ) analfabeto ( ) ensino fundamental Incompleto ( ) ensino fundamental completo ( )  
ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior completo ( )  
pós-graduado.
6. Ocupação profissional: \_\_\_\_\_.

#### **Sobre consumo de psicofármacos**

1. Nome do psicofármaco usado no momento: (mg, posologia/dia):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Há quanto tempo faz uso de psicofármacos (em meses/ano)? \_\_\_\_\_.
3. Sabe por que está utilizando essa medicação? ( ) sim ( ) não. Condição referida:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
4. Quais são as dúvidas em relação ao seu tratamento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.



## APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**  
**Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000. CP**  
**3165 –**  
**Fone: 48 – 3431 2500 Fax: 48 34312527**  
**Site: [www.unesc.net](http://www.unesc.net)**

### **CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO-ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

É de meu conhecimento que a estudante do curso de pós-graduação *LATO SENSU* especialização em saúde da UNESC, Maria Madalena Beltrame, orientada pelo Professor (MSC) Paulo de Tarso Ferreira Correia, está desenvolvendo uma pesquisa sobre o padrão de consumo de psicofármacos.

Para tanto, seguir-se-á o seguinte caminho: Identificar os usuários de psicofármacos, bem como o nome dos mesmos e tempo de uso, conhecer o real motivo pelo quais estão utilizando, e avaliar o que os usuários sabem a respeito do seu tratamento em relação aos psicofármacos.

Desta forma eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa, de forma livre e espontânea, podendo desistir a qualquer momento. Estou informado de que tenho garantido a confiabilidade e o sigilo dos dados, sendo estes coletados em momentos conforme a minha disponibilidade e comunicados anteriormente. Também estou de acordo a que se faça uso de gravador nesse período e de que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados para fins de estudo e aprimoramento do conhecimento profissional. Fui informado de que não receberei qualquer pagamento por minha participação, e também não terei qualquer despesa.

#### **Pesquisadora:**

Maria Madalena Beltrame  
Fone: (48) 3657-0828 ou 99448956

#### **Orientador:**

Profº. (MSC). Paulo de Tarso Ferreira Correia  
Fone: (48) 9915-9379